

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Дата рождения _____
Место
регистрации _____

Анестезиолог _____ провел сегодня со мной на основании результатов предварительных исследований и моего анамнеза информационную беседу о предполагаемом методе анестезии. Я понял(а) все объяснения и смог(ла) задать все интересующие меня вопросы, касающиеся метода анестезии, его преимуществ и недостатков, риска осложнений и побочных явлений, дополнительных мероприятий и вмешательств (переливание крови, постановка центрального венозного катетера, переход на другой вид анестезии), а также необходимости лечения возможных осложнений в послеоперационном периоде.

У меня нет больше вопросов

У меня есть следующие вопросы

Я согласен, что предполагаемая операция будет проведена в условиях:

местной анестезии с внутривенной седацией

общей сбалансированной анестезии с ИВЛ

внутривенной анестезии

регионарной анестезии

Я согласен со всеми подготовительными и вспомогательными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми дополнительными манипуляциями. Я согласен при возникновении необходимости на продление анестезии или переход на другой вид обезболивания, а также на переливание крови.

Подпись врача

Подпись пациента

Дата _____

Дата _____